



1° CONGRESSO NAZIONALE

**Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale - COMLAS
SIENA 9 - 11 ottobre 2014**

**MEDICINA LEGALE ED ALLOCAZIONE DELLE RISORSE:
PROPOSTE DI RAZIONALIZZAZIONE**

La responsabilità in equipe: chi, perché e quanti ?

R. SALVINELLI

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

Sbagliano tutti

➤ Tutti i medici possono sbagliare, anche nel nostro Paese. Quanto sbagliano e perché, è ancora poco chiaro.

... soprattutto in Italia !



Sbagliano tutti

- *Nel nostro Paese, ogni anno, sono circa 8 milioni le persone che vengono ricoverate. Di queste, 320 mila (il 4% circa) escono dall'Ospedale riportando danni e malattie dovute ad errori nelle cure o a disservizi ospedalieri.*
- *Le morti oscillano tra 50 mila e 14 mila.*



Sbagliano tutti

- *La cattiva gestione dei rischi determina oltre 12 mila cause pendenti.*
- *Richieste di risarcimento pari a 2,5 miliardi di euro.*
- *Costi di polizze assicurative da 1 milione a 4 milioni oltre le polizze personali dei medici*

UNA DEFINIZIONE

Si può definire l'attività medico-chirurgica in *équipe*, quella contraddistinta dalla partecipazione e collaborazione tra loro di più figure sanitarie che interagiscono per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Il medico che lavora all'interno dei servizi sanitari, certamente non può più “affrontare da solo” le molteplici situazioni clinico-assistenziali che incontra nell'approccio al paziente.

In quanto membro di una équipe, lo stesso deve perciò essere affiancato e sostenuto dalle altre figure professionali sanitarie, oggi sempre maggiormente competenti.

La necessità di costruire contesti collaborativi è strettamente collegata alla necessità di integrazione imposta dalla presenza, nella società attuale, di elementi quali la complessità sempre maggiore dei bisogni di salute. Il lavoro d'équipe è quindi uno strumento operativo indispensabile per tutta l'attività del sanitario.

Il sistema sanitario, dove l'operatore è generalmente inserito, è costruito in una organizzazione di servizi, i quali spesso si sovrappongono fra loro, ed è qui, all'interno di un sistema così complesso, che deve instaurarsi stabilmente il lavoro d'équipe. L'équipe rappresenta perciò il "quid pluris" dell'organizzazione sanitaria "moderna", cioè, una vera e propria risorsa, dell'assistenza sanitaria all'interno di servizi: è il metodo più efficace di lavoro per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali.

In tema di colpa professionale medica, l'instaurazione della relazione terapeutica tra medico e paziente è fonte della posizione di garanzia che il primo assume nei confronti del secondo, e da cui deriva l'obbligo di attivarsi a tutela della salute e della vita

Cass. Pen. Sez. IV, 4 marzo 2009, n° 10819

Chai



Se i componenti dell'equipe fanno capo a discipline diverse, godono di una propria totale autonomia, invece, se sono della stessa specialità ma di diverso livello gerarchico, il capo equipe conserva l'obbligo della sorveglianza su di loro (responsabilità per culpa in vigilando o eligendo)



Equipe medica = unicum

TUTTI gli operatori sanitari, medici e/o infermieri, sono titolari dell'obbligo di garanzia di tutelare la salute del paziente, contro qualsiasi pericolo, essendo tenuti, per il principio di solidarietà imposto dagli artt.2 e 32 Cost., a tenere sotto controllo il decorso del paziente e a vigilare sul corretto svolgimento delle prestazioni professionali da parte del personale cui il paziente e' affidato

Cass. pen. Sez. IV, 9 aprile 2009, n. 19755

La responsabilità penale di ciascun componente di una “équipe” medica ... non può essere affermata sulla base dell'accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla "equipe" nel suo complesso, ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri

Di chi è colpa ?

Non a caso il giusto equilibrio fra l'attenzione agli individui e l'attenzione ai sistemi è considerato il primo passo per ridurre i danni ed elevare la qualità e sicurezza del servizio sanitario.

Le carenze del sistema sono la principale causa degli eventi avversi.

Sbaglia il medico o la struttura ?

Secondo alcune analisi, negli episodi di c.d. “mala sanità”, il 48% è dovuto ad errore umano, il 33% dipende dalle strutture, il resto dipende da altri fattori.

*Per altre statistiche **l'85%** dei problemi dipende da **difetti organizzativi dei sistemi** e non da incompetenza degli operatori sanitari e il 5,4% dai ritardi nei soccorsi.*

Perché si sbaglia

Molti eventi avversi sono spesso cagionati da forme di **organizzazione del lavoro inadeguate**: turni troppo faticosi, carico del lavoro eccessivo tecnologie e attrezzature inadeguate o non standardizzate, assenza di controlli, coordinamento e comunicazione inadeguata tra operatori sanitari medici e il personale sanitario non medico, ambiente di lavoro stressante, logistica edilizia inadeguata.

A volte le cause sono drammaticamente semplici: sono proprio questi i nodi su cui si esercita la funzione del risk management, la riduzione del rischio clinico, ove la nostra disciplina può effettivamente dare un contributo essenziale.

La cultura della sicurezza.

*L'analisi degli incidenti e le valutazioni dei rischi consente di mantenere un elevato livello di **allerta sul sistema** e di **organizzare i servizi** in modo da tutelare il paziente nelle varie fasi del percorso assistenziale e di evitare che il medico (singolo o in équipe) sia l'unico chiamato a rispondere dei danni (specie in sede penale).*

Strutture multidisciplinari complesse

1)

Si tratta di forme di organizzazione strutturate secondo il criterio della divisione dei compiti, una divisione realizzata in senso orizzontale: tale modello di ripartizione è ovviamente imposto dall'esigenza di far confluire contestualmente più competenze professionali qualitativamente diversificate.

2)

Il lavoro d'équipe, frequente nell'ambito dell'attività medico-chirurgica, d'altra parte e di solito presenta anche rapporti interni verticali di tipo gerarchico

3)

Le attività gerarchicamente ripartite sono caratterizzate per la distribuzione verticale del lavoro che non potrebbe essere svolto materialmente da un solo soggetto per **ragioni quantitative**, ma che comunque viene sottoposto globalmente al controllo od alla supervisione di uno o più professionisti: nell'attività medica d'équipe, il medico capo-équipe nei riguardi degli altri medici subordinati e del personale infermieristico. Tipico di questa situazione è la possibilità data al soggetto in posizione "apicale", di trasferire poteri o funzioni ai subordinati mediante delega.

COROLLARIO - 3 A)

tipiche di questo ambito sono due forme di responsabilità:

culpa in vigilando, del superiore gerarchico per omessa vigilanza sul suo/suoi sottoposto/i quale espressione del potere direttivo;

(collegata alla questione della delega) ***culpa in eligendo*** a carico del responsabile che abbia tra i propri compiti anche quello di selezionare in maniera oculata i propri collaboratori

4)

la c.d. **organizzazione multidisciplinare diacronica**: una serie di attività poste in essere in successione temporale, ma unificate dal tipo di cooperazione tra le discipline e specialità che presiedono alle attività stesse. Gli obblighi che scaturiscono da tale collegamento funzionale in capo ai soggetti che intervengono successivamente sono correlati alle attività precedentemente svolte da altri, e viceversa

Non si tratta di una mera scansione temporale, in quanto le diverse attività, pertinenti a competenze professionali specialistiche eterogenee, possono essere, e normalmente sono, separate anche logisticamente: anzi la dislocazione può impedire persino il contatto fisico tra i soggetti della procedura. L'unificazione è dunque di tipo **teleologico** (rispetto all'attività medico-chirurgica, l'insieme degli interventi è finalizzato alla tutela della salute del paziente) e **normativo** (gli obblighi giuridici derivanti dalle reciproche incombenze valgono a far convergere i diversi contributi verso lo scopo).

DOVERE DI SUPERVISIONE DEL CAPO ÉQUIPE



Non generalizzata su tutte le fasi precedenti e successive o indipendentemente dall'operatore

MA

- Per eventuali negligenze dei propri sottoposti, evidenti e controllabili
- Diligenza media per professionalità omogenee

Cass. pen. Sez. IV, n. 41317/07

Nell'attività medico-chirurgica in equipe, la divisione del lavoro costituisce un fattore di sicurezza (perché ciascuno dei sanitari è chiamato a svolgere il lavoro in relazione al quale possiede una specifica competenza e perché, in rapporto ad esso, è posto nelle condizioni di profondere tutta la diligenza, prudenza e perizia richieste, senza essere tenuto a controllare continuamente l'operato dei colleghi), ma rappresenta anche un fattore di rischio.

Fa sorgere, in particolare, rischi nuovi e diversi (rispetto a quelli propri dell'attività medica monosoggettiva), essenzialmente derivanti da difetti di coordinamento o di informazione, da errori di comprensione o dovuti alla mancanza di una visione di insieme, ecc, e spesso tra loro collegati.

E, quando nel caso concreto si appalesino circostanze tali da rendere evidente la negligenza altrui, quali ad esempio, ... un'attività colposa già in atto, oppure un errore commesso nella fase preparatoria, ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro deve farsi carico di questi rischi peculiari.

DUE QUESTIONI GIURIDICHE ESSENZIALI SOTTESE ALLA RESPONSABILITA' DI EQUIPE

- IL REATO DI COOPERAZIONE COLPOSA
EX ART. 113 C.P.
- IL PRINCIPIO DI AFFIDAMENTO

Art. 113 c.p. «Nel delitto colposo, quando l'evento e' stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso ... »

E' in seno a questo istituto che viene collocato il profilo penalistico dell'attività medico chirurgica di équipe quale attività che rientra tra quelle c.c.d.d. rischiose ma lecite.

La configurabilità del concorso di persone nel reato colposo è stato risolto, nel codice penale, appunto con l'introduzione della cd. **cooperazione colposa** disciplinata dall'art. 113 c.p. che non differenzia il trattamento sanzionatorio rispetto a quello delle condotte indipendenti (ovvero del singolo), ma si limita a prevedere alcune aggravanti tipiche del concorso di persone nel reato (doloso).

La cooperazione nel delitto colposo di cui all'art. 113 c.p. si verifica quando più persone pongono in essere una certa, autonoma condotta nella reciproca consapevolezza di contribuire all'azione od omissione altrui che sfocia nella produzione dell'evento non voluto (danno)

L'elemento caratterizzante della cooperazione colposa è, allora, quello della **consapevolezza di contribuire**, con la propria condotta, alla realizzazione di un'azione che si compone dei contributi attivi o omissivi di altri correi; azione che, poi, si caratterizza per la **violazione di una o più norme cautelari**.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI:

Pluralità degli agenti che cooperano alla realizzazione di un delitto colposo (più di due)

La condotta che deve essere necessariamente causale dell'evento (*condicio sine qua non*)

- Il concorso materiale all'evento colposo
- Il concorso morale all'evento colposo (riferimento a condotte istigative di carattere colposo es.: gara di velocità non autorizzata nella quale anche chi non ha materialmente provocato un incidente risponde a titolo di cooperazione colposa per aver indotto il compagno al comportamento antigiuridico)

La condotta può essere:

- Commissiva
- Omissiva

IL PRINCIPIO DI AFFIDAMENTO

Vivere in una società può comportare la necessità di dover svolgere delle attività anche molto pericolose, ma nello stesso tempo molto utili, nello svolgimento delle quali inevitabilmente ci si trova ad interagire con soggetti diversi.

Queste attività debbono essere svolte rispettando, per chi le esercita, tutti quei doveri oggettivi di diligenza, prudenza, perizia, diretti a preservare da eventuali lesioni i beni giuridici di volta in volta tutelati.

Uno stesso obbligo di diligenza, può essere indirizzato ad una pluralità di destinatari, il cui novero può essere così ampio da identificarsi con la globalità dei membri della collettività, ovvero obblighi di diligenza di diverso contenuto possono far capo a soggetti diversi in rapporto al ruolo da ciascuno di essi rivestito nel processo produttivo dell'evento che si tratta di impedire.

Il problema, in un caso e nell'altro, è quello di stabilire se, ed entro quali limiti, il singolo soggetto, che si assume comunque destinatario autonomo di un dovere di diligenza proprio (nel caso del personale sanitario la "posizione di garanzia" rispetto al paziente), sia tenuto a rispondere delle conseguenze dell'inosservanza di un dovere di diligenza, da parte di altri con cui venga in contatto.

INCIDENZA DEL PRINCIPIO DELL'AFFIDAMENTO

(rispetto in particolare alle prestazioni rese in un contesto di attività plurisoggettive da parte di soggetti con specializzazioni differenti)

L'affidamento, principio di origine germanica, è una aspettativa sociale giuridicamente rilevante per la quale un soggetto non è chiamato a rispondere dell'inosservanza di norme cautelari da parte di altri soggetti con i quali egli interagisca. In pratica, ogni consociato può legittimamente aspettarsi che ogni altro con il quale interagisce farà la sua parte; può contare sul fatto che gli altri rispetteranno le regole di cautela che gli competono, dovendo, a questo punto, egli concentrarsi sulla propria condotta.

Va aggiunto anche che il principio dell'affidamento non è altro che il riflesso **soggettivo** di quello **oggettivo dell'auto-responsabilità** (ognuno risponde per ciò che ha fatto).

Nel caso delle prestazioni medico chirurgiche ***ci si deve domandare appunto se esiste oppure no un dovere di controllo sull'operato dei propri colleghi fino al punto di considerare doverosi eventuali interventi surrogatori rispetto ad altrui ritardi od inadempienze.***

Secondo la dottrina giuridica, il dovere di controllo, in realtà, non è alternativo all'operare del principio di affidamento, dovendosi integrare le due istanze. In altri termini dovere di controllo e principio di affidamento non sono di principio incompatibili, ma con un limite ben preciso: la sussistenza di espliciti indici di inosservanza da parte del collega che ciascun soggetto coinvolto deve raccogliere. Cioè il medico, nella sua qualità di garante della salute del paziente, provvede nell'ambito delle competenze che gli sono proprie potendo fare affidamento che l'eventuale altro sanitario coinvolto nella terapia rispetterà le proprie, fintanto che non emergano indici di inosservanza da parte di qualche sanitario che partecipi all'intervento o al percorso. Così nell'attività di una équipe medica (ad esempio una operazione chirurgica) ciascun partecipante (anestesista, ferrista, chirurgo, etc ...) dovrà badare ad esercitare correttamente le proprie specifiche competenze, potendo contare sul fatto che anche gli altri faranno lo stesso. Almeno finché non emergano espliciti indici d'inosservanza da parte di qualcuno (il c.d. errore grossolano riconoscibile con l'ordinaria diligenza da parte di tutti i sanitari).

In materia invece è noto l'atteggiamento (più) rigoroso della giurisprudenza che stride con le esigenze di divisione dei compiti terapeutici e con il senso stesso del principio di affidamento...

Ad avviso specifico della S.C. nell'ambito dell'attività medica di équipe operatoria , ogni sanitario , oltre che al rispetto dei canoni di diligenza, prudenza e perizia connessi alle specifiche mansioni volte, è tenuto inoltre ad osservare gli obblighi a ciascuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività tese al fine comune, ovvero il buon esito dell'intervento. Pertanto il sanitario non può esimersi dal valutare e conoscere l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega.

“ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'“èquipe” in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale”.

Cass. Pen. Sez. IV, 16 ottobre 2006 n°33619

La questione essenziale della responsabilità medica d'équipe, in sintesi, è se ogni membro dell'équipe medica, oltre a doversi attenere al rispetto delle *leges artis* tipiche della propria specializzazione, debba anche ritenersi tenuto ad osservare un più ampio obbligo cautelare, afferente al dovere di verifica e sorveglianza dell'operato altrui e, di conseguenza, venga ritenuto eventualmente responsabile qualora la condotta colposa posta in essere da altro componente l'équipe medica abbia cagionato o concorso a causare eventuali lesioni dell'integrità psico-fisica del paziente

Cass. pen., sez. IV, 6 aprile 2005, n° 22579

Cass. pen., sez. IV, 2 aprile 2010 n° 19637

Cass. pen., sez. IV, 9 giugno 2011 n° 23298

Cass. pen., sez. IV, 28 ottobre 2013 n° 43988

Ciascun sanitario:

- è responsabile del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle sue specifiche ed effettive mansioni lavorative,
- si configura come una sorta di garanzia rispetto alla condotta degli altri componenti al fine di porre rimedio ad eventuali errori altrui, purché tali errori risultino evidenti per un professionista medio e non settoriali di una specifica disciplina estranea alle sue cognizioni.

In pratica:

ogni sanitario è tenuto ad osservare gli obblighi di comune diligenza degli altri medici derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da un altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio

Tale dovere di controllo - incrociato - spetta anche al dirigente apicale ovvero al dirigente con responsabilità di struttura complessa, secondo un rapporto reciproco critico-dialettico che esclude l'esonero dalla responsabilità per la mera posizione meno qualificata: anche i soggetti che hanno un ruolo subalterno, ove non condividano le scelte del responsabile (sempre che non abbia esercitato il suo potere di avocazione), ritenendo l' «atto medico» costituire un rischio per il paziente o essere comunque inidoneo per le sue esigenze cliniche, sono tenuti a manifestare il motivato dissenso, potendo altrimenti essere chiamati a rispondere dell'esito negativo dell'intervento ai sensi dell'art. 40 c.p., comma 2, non avendo compiuto quanto in loro potere per impedire l'evento

Da considerare infatti che i Decreti legislativi n. 502/92 e n. 229/99 (modifica dell'ordinamento interno dei servizi ospedalieri) hanno ridotto la forza del vincolo gerarchico intercorrente responsabile e subalterni, ma non hanno eliminato il **potere-dovere** del responsabile di stabilire direttive di vario genere, di vigilare e di verificare l'attività delegata ai subalterni, ed infine il potere di avocare a sé la gestione dei singoli pazienti. Inoltre solo qualora il superiore gerarchico ritenga di non approvare l'atteggiamento del proprio subalterno, quest'ultimo potrà considerarsi esentato da eventuali responsabilità.

D'altro canto, la concretizzazione di una rilevante parte dei rischi giuridici, connessi all'attività sanitaria dipende proprio da errori nelle procedure di suddivisione del lavoro e delle competenze.

Il rischio di essere citati in giudizio e coinvolti in richieste risarcitorie, può e deve essere prevenuto anche tramite la conoscenza (inevitabilmente di base, ma comunque sufficiente) dei principi giuridici attraverso i quali la condotta dell'operatore sanitario viene analizzata e giudicata dal giudice



Grazie

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento delle cause di responsabilità medica e tra queste, anche di quelle relative alla responsabilità dell' "equipe medica" con un contenzioso che è aumentato vertiginosamente rispetto agli anni precedenti.

Il tema della responsabilità in *equipe* coinvolge le relazioni gerarchiche tra i professionisti ed i livelli di complessità e specializzazione delle diverse categorie di atti terapeutici. Il lavoro d'*equipe* costituisce, quindi, l'ipotesi più frequente di **cooperazione colposa** in campo medico.

Gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti *ex lege* portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 della Costituzione nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; tale obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro.

L'attività in *equipe* trova la sua funzione nella cooperazione necessaria in campo sanitario con l'intervento contemporaneo o differito nel tempo di vari operatori sanitari, soprattutto in materia chirurgica, quali chirurghi, anestesisti, infermieri ecc. e il lavoro d'*equipe* è visto come nodo del passaggio dalla responsabilità "del medico" alla responsabilità "medica". (DOMENICO CHINDEMI)